

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2019.00389 vom 12. Mai 2023

ZH Sozialversicherungsgericht, 2023-05-12, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2019.00389

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2019.00389 du 12 mai 2023

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2019.00389 del 12 maggio 2023

Erwägungen

E. 1.1

Am 1. Januar 2022 sind die geänderten Bestimmungen des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG), der Verordnung über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSV), des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) sowie der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV) in Kraft getreten.

In zeitlicher Hinsicht sind vorbehältlich besonderer übergangsrechtlicher Regelungen grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgebend, die bei Erfüllung des rechtlich zu ordnenden oder zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung haben (BGE 146 V 364 E. 7.1, 144 V 210 E. 4.3.1, je mit Hinweisen). Da die angefochtene Verfügung vor dem 1. Januar 2022 erging, sind vorliegend die bis 31. Dezember 2021 gültig gewesenen Rechtsvorschriften anwendbar, die nach folgend auch in dieser Fassung zitiert werden (BGE 148 V 174 E. 4.1).

E. 1.2

Invaldität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG).

E. 1.3

) schlüssig und widerspruchsfrei festgestellt und haben somit den normativen Vorgaben Rechnung getragen (vgl. BGE 144 V 50 E. 4.3).

In diagnostischer Hinsicht weicht das S.____-Gutachten von der Beurteilung der behandelnden Psychiaterin Dr. G.____ ab. Während Dr. G.____ eine ADHS diagnostizierte (E. 3.3, E. 3.6, E. 3.7), verneinten die Sachverständigen der Universitären Psychiatrischen Dienste S.____

grundsätzlich eine ADHS (E. 3.5, E. 3.8). Die Sachverständigen der Universitären Psychiatrischen Dienste S.____ legten insbesondere in ihrer Stellungnahme vom 2. Dezember 2022 (Urk. 90 S. 5 ff.) schlüssig dar, weshalb sie die Diagnose ADHS nicht bestätigten könnten. So absolvierte der Beschwerdeführer die Primar- und Sekundarschule

mit guten Noten und ohne Auffälligkeiten. Während der Schulzeit wurden weder von Ärzten noch von Lehrpersonen Hinweise auf eine ADHS beobachtet. Im Jahr 2011, also im Alter von 17 Jahren, absolvierte der Beschwerdeführer eine Berufsabklärung, in der er in einzelnen Bereichen teilweise überdurchschnittliche Leistungen erzielen konnte. Im Rahmen der Abklärung wurde ihm eine gute Aufmerksamkeitsspanne und Merkfähigkeit attestiert (Urk. 8/16/2). Diese Abklärung war erfolgt, ohne dass der Beschwerdeführer Psychostimulanzien eingenommen hätte.

Es muss vorliegend jedoch nicht abschliessend beurteilt werden, ob der Beschwerdeführer an einer ADHS leidet, ist doch die diagnostische Einordnung eines Leidens nicht ausschlaggebend; vielmehr ist auf objektivierter Beurteilungsgrundlage zu prüfen, ob eine rechtlich relevante Arbeits- und Erwerbsunfähigkeit nachzuweisen ist (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_804/2018 vom 23. Januar 2019 E. 2.2). Dass der Beschwerdeführer im Gutachtenzeitpunkt in seiner Arbeits- und Leistungsfähigkeit eingeschränkt war, stellten sowohl die S.____-Sachverständigen (E. 3.5, E. 3.8, E. 3.9)

wie auch Dr.

G.____

(E. 3.3, E. 3.6, E. 3.7) übereinstimmend fest. Es fällt denn auch auf, dass Dr. G.____ lediglich die diagnostische Einordnung der Beeinträchtigung durch die S.____-Sachverständigen beanstandete, nicht aber deren Einschätzung der Leistungsfähigkeit. Eine konkrete eigene Einschätzung der Leistungsfähigkeit gab Dr.

G.____ nicht ab.

Was der Beschwerdeführer gegen das S.____-Gutachten vorbringt, vermag dieses nicht zu entkräften. Wie die S.____-Sachverständigen in ihrer Stellungnahme vom 2. Dezember 2022 schlüssig darlegen, kann aus einer allfälligen ADHS-Erkrankung einer Schwester des Beschwerdeführers nichts Konkretes betreffend den Gesundheitszustand des Beschwerdeführers gefolgert werden (vgl. Urk. 78, Urk. 79/1). Es mag zwar zutreffen, dass bei einer ADHS-Erkrankung der Schwester das statistische Risiko erhöht ist, dass auch der Beschwerdeführer an einer ADHS leidet. Diese erhöhte statistische Wahrscheinlichkeit vermag jedoch die spezifischen Abklärungen im konkreten Fall nicht infrage zu stellen (Urk. 90 S. 13).

Wie dargelegt, ist die diagnostische Einordnung der Beeinträchtigungen des Beschwerdeführers jedoch ohnehin nicht entscheidend für die Beurteilung seines Leistungsanspruchs. Soweit der Beschwerdeführer geltend macht, er habe die BMS gar nicht besucht, weshalb der THC-Konsum nicht ursächlich für einen «Abbruch» der BMS sein könne (Urk. 98 S. 4), ist festzuhalten, dass sich in den Akten Anhaltspunkte dafür finden, dass er die BMS besucht hat. So kontaktierte seine Mutter am 25. April 2013 die Beschwerdegegnerin (Urk. 8/15/1) und führte unter anderem aus, dass der Beschwerdeführer schulisch in der BMS unterfordert gewesen sei. Es ist jedoch für die Beurteilung des Leistungsanspruchs des Beschwerdeführers ohnehin nicht massgebend, ob er

bis zum Abbruch der Detailhandelslehre die BMS besucht hat oder nicht, steht doch unabhängig davon fest, dass er seit vielen Jahren Cannabis zumindest gelegentlich konsumiert.

Es trifft zu, dass die S.____-Sachverständigen infrage stellten, ob beim Beschwerdeführer bereits früher eine Beeinträchtigung der Wegfähigkeit vorgelegen habe (Urk. 90 S. 9),

obwohl diese Problematik schon im Jahr 2015 geklagt worden war (Urk. 8/77/1, Urk. 8/78) . Dies stellt die Schlüssigkeit des Gutachtens jedoch nicht infrage, massen die S.____ -Sachverständigen der Agoraphobie, vor allem in Bezug auf die Wegfähigkeit, doch Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit zu (E.

3.5) , auch wenn sie das Ausmass relativierten und auf die grundsätzlich gute Behandelbarkeit hinwiesen (Urk. 61 S. 26 und S. 31 f.) .

Soweit der Beschwerdeführer beanstandet, dass im Gutachten ein HAMD-Score von 9 Punkten festgehalten werde , sich aus den eingereichten Testunterlagen jedoch ein Score von 29 Punkten ergebe (E. 2.5) , ist ihm zuzustimmen, dass sich diese Differenz – ohne Erklärung im Gutachten selbst – als unprofessionell erweist. Diese Unzulänglichkeit alleine hat jedoch nicht zur Folge, dass nicht auf das Gutachten abgestellt werden könnte, ist der HAMD doch nur eine r von verschiedensten durchgeführten Tests und Untersuchungen und kommt einer Selbsteinschätzung nur beschränkte Aussagekraft zu, massgebend bleibt der fachärztlich erhobene klinische Befund . 4.3

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass auf das S.____ -Gutachten abzustellen ist . Aus dem Gutachten und den ergänzenden Stellungnahmen der Universitären Psychiatrischen Dienste S.____ -Sachverständigen ergibt sich, dass der Beschwerdeführer grundsätzlich in der Lage ist, eine (80%- bis) 100%ige Arbeitstätigkeit auszuüben (Urk. 61 S. 35; Urk.

90 S. 13). Dies ist jedoch erst der Fall, wenn eine Besserung des Gesundheitszustandes eingetreten ist , womit bei adäquater Therapie – und einer Abstinenz von Cannabinoiden (Urk. 90)

- innert vier bis sechs Monaten gerechnet werden kann (Urk. 90 S. 13 ; Urk. 90 S. 12). Bis zum Abschluss dieser Massnahmen ist gestützt auf das S.____ -Gutachten von einer 50%igen Arbeitsfähigkeit auf dem ersten Arbeitsmarkt auszugehen (Urk. 61 S. 37 , S. 38, S. 40, S. 43), und zwar für den gesamten vorliegend zu beurteilenden Zeitraum ab August 2017 (Urk. 61 S. 39). Vor August 2017 bestand kein Rentenanspruch, hatte der Beschwerdeführer doch Taggelder der Invalidenversicherung bezogen (vgl. Urk. 8/121, Urk. 8/124; Urk. 8/139) . Der Beginn des Rentenanspruchs ist denn auch unbestritten (Urk. 1). 5. 5.1

Zur Ermittlung der erwerblichen Auswirkungen der gesundheitlich bedingten Einschränkung der Arbeitsfähigkeit ist ein Einkommensvergleich vorzunehmen. Dabei sind die Verhältnisse im Zeitpunkt des (hypothetischen) Beginns des Rentenanspruchs massgebend, wobei Validen- und Invalideneinkommen auf zeitidentischer Grundlage zu erheben und allfällige rentenwirksame Änderungen der Vergleichseinkommen bis zum Verfügungserlass zu berücksichtigen sind (BGE 143 V 295 E. 4.1.3, 129 V 222 E. 4.1 und E. 4.2, 128 V 174). 5.2

Der Beschwerdeführer ging bisher keiner Erwerbstätigkeit nach und verfügt über keine abgeschlossene Berufsausbildung. Nach Art. 26 Abs. 1 IVV entspricht bei Versicherten, die wegen der Invalidität keine zureichenden beruflichen Kenntnisse erwerben konnten, das Erwerbseinkommen, das sie als Nichtinvalide erzielen könnten, den in dieser Bestimmung genannten, nach dem Alter abgestuften Prozentsätzen des jährlich aktualisierten Medianwertes gemäss der vom Bundesamt für Statistik herausgegebenen Schweizerischen Lohnstrukturerhebung (LSE). Abs. 2 von Art. 26 IVV schreibt vor, dass bei Versicherten, die wegen der Invalidität eine begonnene berufliche Ausbildung nicht abschliessen konnten,

das Erwerbseinkommen, das sie als Nichtinvalide erzielen könnten, dem durch durchschnittlichen Einkommen eines Erwerbstätigen im Beruf entspricht, für den die Ausbildung aufgenommen wurde.

Das Valideneinkommen des Beschwerdeführers, der bereits vor Beginn einer beruflichen Ausbildung invalid geworden war, ist gestützt auf Art. 26 Abs. 1 IVV zu berechnen. Die Anwendung von Art. 26 Abs. 2 IVV scheidet beim Beschwerdeführer aus, hat doch diese Bestimmung jene Fälle im Auge, in denen eine Invalidität erst nach Beginn der beruflichen Ausbildung (oder unmittelbar vor der Umsetzung feststehender Ausbildungspläne) dazwischen tritt (Urteil des Bundesgerichts 9C_233/2018 vom 11. April 2019 E. 3.1 mit Hinweisen).

Dies war beim Beschwerdeführer nicht der Fall.

Im August 2017 war der Beschwerdeführer 23 Jahre alt. Sein Valideneinkommen belief sich somit auf Fr. 65'200.-- (Art. 26 Abs. 1 IVV, IV-Rundschreiben Nr. 354 S. 4; Fr. 81'500.-- x 0,8). Ab Januar 2019, das heisst, nach Vollendung des 25. Altersjahrs, betrug das Valideneinkommen Fr. 74'700.-- (IV-Rundschreiben Nr. 378 ; Fr. 83'000.-- x 0,9). 5.3.1

Für die Festsetzung des trotz Gesundheitsschädigung zumutbarerweise noch realisierbaren Einkommens (Invalideneinkommen) ist nach der Rechtsprechung primär von der beruflich-erwerblichen Situation auszugehen, in welcher die versicherte Person konkret steht. Übt sie nach Eintritt der Invalidität eine Erwerbstätigkeit aus, bei der – kumulativ – besonders stabile Arbeitsverhältnisse gegeben sind und anzunehmen ist, dass sie die ihr verbliebene Arbeitsfähigkeit in zumutbarer Weise voll ausschöpft, und erscheint zudem das Einkommen aus der Arbeitsleistung als angemessen und nicht als Soziallohn, gilt grundsätzlich der tatsächlich erzielte Verdienst als Invalidenlohn (BGE 139 V 592 E. 2.3; 135 V 297 E. 5.2; 129 V 472 E. 4.2.1; 126 V 75 E. 3b/ aa).

Für die Bestimmung des Invalideneinkommens können nach der Rechtsprechung Tabellenlöhne gemäss LSE herangezogen werden (BGE 139 V 592 E. 2.3, 135 V 297 E. 5.2, 129 V 472 E. 4.2.1). Dabei sind grundsätzlich die im Verfügungszeitpunkt aktuellsten veröffentlichten Tabellen der LSE zu verwenden (BGE 143 V 295 E. 4.1.3; zur Verwendung der aktuellsten statistischen Daten bei Rentenrevisionen vgl. BGE 143 V 295 E. 4.2.2, 142 V 178 E. 2.5.8.1, 133 V 545 E. 7.1). Die Verwendung der Tabellenlöhne ist subsidiär, das heisst deren Bezug erfolgt nur, wenn eine Ermittlung des Invalideneinkommens aufgrund und nach Massgabe der konkreten Gegebenheiten des Einzelfalles nicht möglich ist (vgl. BGE 142 V 178 E. 2.5.7, 139 V 592 E. 2.3, 135 V 297 E. 5.2; vgl. auch Meyer/Reichmuth,

Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, 4. Auflage 2022, Rn

93 f. zu Art. 28a, mit weiteren Hinweisen auf die Rechtsprechung). 5.3.2

Der Beschwerdeführer ging im Zeitpunkt des hypothetischen Rentenbeginns keiner Erwerbstätigkeit nach. Das Invalideneinkommen ist daher gestützt auf die Tabellenlöhne der LSE zu berechnen, wobei die Tabelle TA1_tirage_skill_level 2016 massgebend ist. Innerhalb dieser Tabelle ist der Totalwert von Männern, welche einfache Tätigkeiten körperlicher oder handwerklicher Art verrichteten, heranzuziehen. In Anpassung an die Nominallohnentwicklung (Nominallohn index, Männer, 2016-2020, Total) und unter Berücksichtigung der betriebs üblichen wöchentlichen Arbeitszeit im Jahr 2017 von 41,7

Stunden (vgl. Bundesamt für Statistik, Betriebsübliche Arbeitszeit nach Wirtschaftsabteilungen in Stunden pro Woche, Total, 2017) ergibt sich für das Jahr 2017 für eine 50%ige Arbeitstätigkeit ein Einkommen von Fr. 33'534.50 (Fr. 5'340.-- x 12 : 100,6 x 101 : 40 x 41,7 x 0,5).

Für das Jahr 2019, das heisst, den Zeitpunkt, in welchem aufgrund der Vollerfüllung des 25. Altersjahrs das Valideneinkommen neu zu berechnen ist, ergibt sich für eine 50%ige Arbeitstätigkeit ein Einkommen von Fr. 34'183.75 (Fr. 5'417.-- [LSE 2018] x

E. 1.4

Anspruch auf eine Rente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG Versicherte, die: a.

ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können; b.

während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art.

E. 1.5

Bei erwerbstätigen Versicherten ist der Invaliditätsgrad gemäss Art. 16 ATSG in Verbindung mit Art. 28a Abs. 1 IVG aufgrund eines Einkommensvergleichs zu bestimmen. Dazu wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgleichender Arbeitsmarktlage erzielen könnte (sog. Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (sog. Valideneinkommen). Der Einkommensvergleich hat in der Regel in der Weise zu erfolgen, dass die beiden hypothetischen Erwerbseinkommen ziffernmässig möglichst genau ermittelt und einander gegenübergestellt werden, worauf sich aus der Einkommensdifferenz der Invaliditätsgrad bestimmen lässt (sog. allgemeine Methode des Einkommensvergleichs; BGE 130 V 343 E. 3.4.2, 128 V 29 E. 1).

E. 1.6

Versicherungsträger und das Sozialversicherungsgericht haben die Beweise frei, das heisst ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen.

Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob er für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des Experten begründet sind. Zudem muss der Arzt über die notwendigen fachlichen Qualifikationen verfügen. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (BGE 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a; Urteil des Bundesgerichts 8C_225/2021 vom 10. Juni 2021 E. 3.2, je m.w.H.). 2.

E. 2

den S.____ -Sachverständigen diverse Fragen (Urk. 85). Die S.____ -Sachverständigen antworteten am 2. Dezember 2022 (Urk. 90). Da den S.____ -Sachverständigen ein vom Beschwerdeführer eingereichter Bericht von Dr. G.____ vom 4. April 2022 (Urk. 79/2) versehentlich nicht zugestellt worden war, ersuchte das Gericht die S.____ -Sachverständigen am 6.

Dezember 2022, die Fragen unter Berücksichtigung des Berichts von Dr. G.____ vom 4. April 2022 zu beantworten (Urk. 91). Die S.____ -Sachverständigen antworteten am 21. Dezember 2022 (Urk. 92). Mit Verfügung vom 3. Januar 2023 (Urk. 93) wurde den Parteien Frist angesetzt, um zu den Stellungnahmen der Sachverständigen der Universitären Psychiatrischen Dienste S.____ vom 2. und vom 21.

Dezember 2022 Stellung zu nehmen. Während die Beschwerdegegnerin am 2.

Februar 2023 erklärte, auf eine Stellungnahme zu verzichten (Urk. 96), liess sich der Beschwerdeführer am 21. Februar 2023 vernehmen (Urk. 98). Die Stellungnahme des Beschwerdeführers und der Verzicht auf Stellungnahme der Beschwerdegegnerin wurden der jeweiligen Gegenpartei mit Verfügung vom 6. März 2023 zur Kenntnisnahme zugestellt (Urk.

100).

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin erklärte zur Begründung ihres Entscheides im Wesentlichen (Urk. 2), auf die Ergebnisse im Gutachten der M.____ vom 11.

Dezember 2018 könne abgestellt werden. In diesem Gutachten hätten keine Anhaltspunkte für die früher genannten Diagnosen gefunden werden können. Weitere medizinische Abklärungen seien nicht erforderlich. Gesamthaft bestehe eine 100%ige Leistungsfähigkeit. Jede Ausbildung sei zumutbar. Bei der Stellensuche sei der Beschwerdeführer nicht eingeschränkt. Das Regionale Arbeitsvermittlungszentrum könne ihn bei der Stellensuche unterstützen.

E. 2.2

Der Beschwerdeführer liess zur Begründung seiner Beschwerde im Wesentlichen vorbringen (Urk. 1), das bidisziplinäre Gutachten der M.____ vom 11. Dezember 2018 sei mangelhaft und erfülle die an ein Gutachten gestellten Anforderungen bei Weitem nicht. Daher sei gestützt auf dieses Gutachten nicht mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit ausgewiesen, dass bei ihm kein relevanter Gesundheitsschaden mehr vorliege. Wenn das angerufene Gericht ihm nicht bereits gestützt auf die vorhandenen medizinischen Berichte mit Wirkung ab 1. August 2017 eine Rente zuspreche, sei die Sache zur erneuten Abklärung des medizinischen Sachverhalts an die Beschwerdegegnerin zurück zuweisen, ausser das Gericht ordne ein Gerichtsgutachten an.

E. 2.3

Am 13. April 2022 nahm der Beschwerdeführer zum S.____ -Gutachten Stellung (Urk. 78). Dabei liess er unter anderem ausführen, dass Gutachten der Universitären Psychiatrischen Dienste S.____ sei unvollständig. So finde sich im gesamten Gutachten keine Äusserung zur grundlegenden Stellungnahme von Dr. G.____ vom 3. Juni 2019. Es werde auch nicht konkret aufgezeigt, welche Erwerbstätigkeiten zumutbar seien. Trotz anders lautender Formulierung könnte die Einschätzung der Universitären Psychiatrischen Dienste S.____

zur persönlichen Leistungsfähigkeit jedoch

nur so verstanden werden, dass er arbeitsunfähig sei, berufliche Massnahmen sowie enge professionelle Begleitung auf beruflicher (Job-Coach) wie auch auf privater Ebene (Sozialfachpersonen) benötige und realistischweise eine berufliche Tätigkeit nur unter Einschränkungen und mit hoher Wahrscheinlichkeit nur mit Beginn in einer geschützten Tätigkeit werde angehen können. Vielleicht werde es so gelingen, ihn an eine in der Invalidenversicherung anrechenbare Erwerbstätigkeit heranzuführen. Offen sei, wie lange diese Entwicklung benötige.

E. 2.4

Nach Einsicht in die Testunterlagen der Universitären Psychiatrischen Dienste S. ___ liess der Beschwerdeführer mit Stellungnahme vom 17. Juni 2022 geltend machen (Urk. 83; vgl. auch Urk. 82), gemäss Testunterlagen habe sich in der Hamilton-Skala ein Score von 29 Punkten ergeben. Im Gutachten werde jedoch ein Wert von 9 Punkten festgehalten. Es sei als Peinlichkeit zu bezeichnen, dass nicht einmal die Testungen der Universitären Psychiatrischen Dienste S. ___ konsistent seien. Auch aufgrund der Testunterlagen sei die Einschätzung der Universitären Psychiatrischen Dienste S. ___, dass keine ADHS vorliege, nicht haltbar. Betreffend die diagnostizierte Depression sprächen insbesondere die Resultate von BDI I-II sowie der Hamilton-Skala für das Vorliegen einer schweren depressiven Episode. Darüber hinaus sei die Testung DIVA 2.0 unvollständig bearbeitet worden, sodass nicht einmal die Fachfrau Dr.

G. ___ nachvollziehen könne, weshalb der Untersucher daraus Schlüsse gezogen habe. In Wirklichkeit leide er eben doch an einer ADHS und einer schweren depressiven Störung.

E. 2.5

Nachdem das Gericht von den Sachverständigen ergänzende Auskünfte eingeholt hatte (Urk. 90, Urk. 92), liess der Beschwerdeführer mit Stellungnahme vom 21.

Februar 2023 erklären (Urk. 98), die mehrfachen Verweise auf die Mitwirkungs- und Schadenminderungspflicht durch die Psychiatrischen Dienste S. ___

zeigten, dass die Universitären Psychiatrischen Dienste S. ___ nicht neutral seien, sondern sich in der Position einer IV-Stelle sähen, die ihn ermahnen müsse, mitzuwirken. Dies zeige ihre Befangenheit. In der Stellungnahme vom 2.

Dezember 2022 werde einfach behauptet, sein THC-Konsum habe (u.a.) massgeblich zum Abbruch der BMS geführt. Das sei in zweierlei Hinsicht falsch: Erstens habe er die BMS nicht abgebrochen, sondern er habe sie gar nie besucht, sei er doch im Vorfeld zusammengebrochen und habe mit Suizid gedroht. Zweitens sei es eine reine Behauptung und mit nichts belegt, dass der THC-Konsum den Zugang zur BMS verhindert habe. Aus seiner Sicht sei es im Nachhinein gesehen seine Krankheit und das damit verbundene Vermeidungsverhalten, das dazu geführt habe.

Die Universitären Psychiatrischen Dienste S. ___ erwähnten erneut, dass er am Tag der Begutachtung in Bern erst nach mehrmaliger telefonischer Kontaktaufnahme erschienen sei, da er es vorgezogen habe, in der Berner Innenstadt allein spazieren zu gehen. Diese Formulierung durch die Universitären Psychiatrischen Dienste S. ___ zeige auf, wo sie innerlich stünden. Sein Verhalten zeige ja exakt auf, dass er vor dem Termin Angst gehabt habe. Sein Vermeidungsverhalten sei ausgebrochen. Es sei auch darauf hinzuweisen, dass

seine Fähigkeit, sich korrekt zu verschieben, schon früher eingeschränkt gewesen sei. So habe für ihn schon früher ein Taxidienst organisiert werden müssen.

Seine Mutter sei am Interview im Rahmen des DIVA 2.0-Tests entgegen der Behauptung der Universitären Psychiatrischen Dienste S. ___ nicht anwesend gewesen. Der Test könne mangels Vollständigkeit ohnehin nicht nachvollzogen werden. Es werde von den

Universitären Psychiatrischen Dienste S. ___ behauptet, er und seine Mutter seien explizit gefragt worden, ob ADHS - Diagnosen bei den Schwestern vorlägen. Er könne sich nicht erinnern, ob das stimme. Seine Mutter erkläre, dass dies eine Unwahrheit sei und sie nicht dazu befragt worden sei. Die Erklärung der Universitären Psychiatrischen Dienste S. ___ zum widersprüchlichen Score in der HAMD sei absolut nicht nachvollziehbar. Das Score von 29 Punkten, das er erreicht habe, werde im Gutachten völlig unterdrückt.

Insgesamt sei in das Gutachten und die ergänzenden Stellungnahmen in keiner Art und Weise überzeugend. Somit trete die Notwendigkeit ein, ein gerichtliches Obergutachten einzuhalten. Er erkläre sich ausdrücklich bereit, eine weitere Begutachtung zu absolvieren, wobei ein stationärer Aufenthalt nicht infrage komme. 3.

E. 3

Auf die Vorbringen der Parteien und die eingereichten Akten wird, soweit erforderlich, im Rahmen der nachfolgenden Erwägungen eingegangen. Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 3.1

Mit Urteil vom 20. März 2018 (Urk. 8/169) hatte das hiesige Gericht festgestellt, dass sich anhand der aufliegenden Akten nicht hinreichend beurteilen lässt, ob und in welchem Umfang dem Beschwerdeführer eine Ausbildung respektive eine Erwerbstätigkeit zumutbar ist. Die Sache wurde deshalb an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen, damit diese ein psychiatrisches, allenfalls auch ein interdisziplinäres Gutachten mit den zusätzlichen Fachrichtungen Neurologie/Neuropsychologie einhole und hernach über den Leistungsanspruch neu entscheide.

E. 3.2

Die Beschwerdegegnerin holte in der Folge bei pract. med.

K. ___ und

lic. phil. L. ___

sowie lic. phil. W. ___, Fachpsychologin für Psychotherapie FSP, ein interdisziplinäres

Gutachten vom 11. Dezember 2018 ein (Urk. 8/194 = 18/2). Pract. med. K. ___ nannte im psychiatrischen Teilgutachten weder eine Diagnose mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit noch eine Diagnose ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit (Urk. 8/194/25). Sie erklärte, dass eine depressive Störung anhand der gemachten Angaben sowie aufgrund der Feststellungen anlässlich der Untersuchung nicht bestätigt werden könne. Hinweis auf eine ADHS fänden sich in der Erzählung sowohl aktuell als auch im Schulalter nicht. Ein hochkonzentriertes Verhalten während der Untersuchung sowie eine gute Anpassungsfähigkeit widerlegten diese Diagnose. Der Beschwerdeführer könne sich selber mit der Diagnose ADHS nicht identifizieren. Es sei ihm gesagt worden, dass er ADHS habe, selber habe er jedoch keine Symptome, die das bestätigen könnten und er spüre keine Einschränkungen. Eine stundenlange Beschäftigung am PC mit Spielen

fordere eine sehr hohe psychomotorische Geschwindigkeit und Informationsverarbeitung, was in klarem Widerspruch mit einer Depression oder ADHS stehe. Ausserdem sei dabei weder Erschöpfung noch Reizüberflutung beklagt worden. Eine Suchtproblematik bestehe nicht, der Beschwerdeführer könne seine Handlungen gut kontrollieren und nach Bedarf diese Beschäftigung unterbrechen. Insgesamt zeige er einen Zustand, in dem eine (depressive) psychiatrische Erkrankung darzustellen versucht werde, um den passiven Lebensstil zu erklären bzw. zu erhalten.

Die neuropsychologische Untersuchung habe eine minimale Hirnfunktionsstörung im Sinne von unter durchschnittlichem Verarbeitungstempo sowie unterdurchschnittlicher Aufmerksamkeit und Konzentration dargestellt. Die drei genannten Auffälligkeiten gingen nicht überein mit den Untersuchungsbefunden. Der Beschwerdeführer habe geschildert, dass er sich bis zu 10 Stunden pro Tag mit Spielen am PC oder dem Handy beschäftige. Auch wenn ihnen die individuellen Anforderungen der Spiele nicht schlüssig bekannt seien, so sei davon auszugehen, dass diese mindestens ein angemessenes Mass an Reaktionstempo, Aufmerksamkeit und Konzentration erforderten. In Zusammenschau aller Befunde sei festzustellen, dass der Beschwerdeführer konzentriert und konstant arbeiten könne, wenn er wolle. Die sonst eher mangelhafte Motivation könne er überwinden (Urk. 8/194/26).

Zum zeitlichen Verlauf der Arbeitsfähigkeit erklärte pract. med. K.____, eine rückwirkende Beurteilung falle ihnen schwer. Eine depressive Episode in der Vergangenheit könne nicht ausgeschlossen werden (Urk. 8/194/28).

Lic. phil. L.____ und lic. phil. W.____, welche die neuropsychologische Untersuchung des Beschwerdeführers durchführten, erklärten, dass gesamthaft eine minimale Hirnfunktionsstörung bestehe. Die Defizite lägen vor allem im Bereich der Aufmerksamkeit (geteilte Aufmerksamkeit), der räumlichen Verarbeitung, dem Arbeitstempo und der Belastbarkeit (Urk. 8/194/36). Die erhobenen Defizite schränkten die Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers im Arbeitsalltag nicht ein, ausser unter bestimmten Bedingungen (Stress, zeitlicher Druck, Belastung über längere Zeit, Multitasking Aufgaben und wenn lange Instruktionen verbal vermittelt würden). In der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Mitarbeiter im Betriebsunterhalt wirkten sich die Hirnfunktionsstörungen deutlicher aus, wenn der Beschwerdeführer nicht in seinem eigenen Arbeitstempo arbeiten könne, sondern wenn dieses von aussen vorgegeben werde. Ebenso nehme dann die Belastbarkeit relativ rasch ab. Je komplexer die Aufgaben bzw. je höher die Anforderungen an die geteilte Aufmerksamkeit seien, desto rascher komme es zu einem Leistungsabfall. Prognostisch sei aus neuropsychologischer Sicht ein besserer Verlauf zu erwarten, wenn die zukünftige Ausbildung und Erwerbstätigkeit an die Bedürfnisse des Beschwerdeführers angepasst seien. Dies bedeute, dass der Beschwerdeführer in seinem Tempo arbeiten könne, genügend Pausen habe, Stressbedingungen eher vermieden würden und er an gewohnten Aufgaben arbeiten könne. Die Belastbarkeit sei zum aktuellen Zeitpunkt eher gering, eine geregelte Tagesstruktur mit konkreten Aufgaben könne zur Steigerung der Belastbarkeit beitragen. Bezüglich allfälliger anderer die Arbeitsfähigkeit einschränkender Faktoren (psychiatrische, etc.) werde auf das psychiatrische Gutachten verwiesen (Urk. 8/194/38).

In der interdisziplinären Gesamtbeurteilung verneinten die Sachverständigen sowohl eine Diagnose mit als auch eine Diagnose ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit. Entsprechend attestierten sie dem Beschwerdeführer sowohl in der bisherigen als auch in

einer angepassten Tätigkeit eine 100%ige Arbeitsfähigkeit (Urk. 8/194/

E. 3.3

Dr. G.____ und Prof. Dr. N.____ erklärten in ihrer Stellungnahme vom 3. Juni 2019 (Urk. 10/3), entgegen der Darstellung von pract . med.

K.____ sei im Rahmen der Zuweisung des Beschwerdeführers im Jahr 2015 eine eingehende Diagnostik gemäss den internationalen Leitlinien durchgeführt worden, die das Vorliegen einer ADHS bestätige. Eine ADHS-Abklärung in der Sprechstunde der Psychiatrischen Klinik H.____ erfolge regelhaft an vier Terminen zu je 60 bis 90 Minuten . Wie pract .

med. K.____ vor diesem Hintergrund innerhalb einer Explorationszeit von 45 Minuten und bei vollständigem Fehlen einer kriteriengeleiteten Beurteilung von Funktionseinschränkungen zu der Überzeugung gelangen könne, dass ihr Gutachten den Qualitätsleitlinien für versicherungspsychiatrische Gutachten der SGPP entspreche, sei nicht nachvollziehbar.

Der Beschwerdeführer habe vor der Begutachtung ein Medikament für die Behandlung der ADHS eingenommen, welches dafür Sorge , dass die Symptome der Störung auf alle Kernbereiche bezogen geringer ausgeprägt seien. Er habe im Rahmen der Exploration jedoch trotz der Medikamenteneinnahme Symptome gezeigt (ständig wippende Beinbewegung).

Nach den aktuellen Studien betrage die Komorbiditätsrate für weitere psychiatrische Störungen bei Patienten mit ADHS 70 bis 80 % . Auch der Beschwerdeführer leide zusätzlich unter rezidivierenden Depressionen und unter einer sozialen Phobie mit Panikattacken, diese hätten ihm unter anderem im Laufe der Ausbildung verunmöglicht, den Arbeitsweg mit öffentlichen Verkehrsmitteln anzutreten. Es sei versicherungsmedizinisches Basiswissen, dass phasisch verlaufende Störungen mit rezidivierendem Charakter nicht allein dadurch ausgeschlossen werden könnten, dass zum querschnittlichen Untersuchungszeitpunkt keine oder nur eine Restsymptomatik nachweisbar sei. Aus eben diesem Grund sei eine längsschnittliche Betrachtung sowohl des Verlaufes allfälliger psychischer Störungen als auch bezogen auf das Funktionsniveau notwendig. Der geschilderte Tagesablauf unterstreiche gerade, dass der Beschwerdeführer nicht in der Lage sei, seinen Tag zu strukturieren. So gehe auch aus dem Gutachten hervor, dass die Mutter ihn unterstütze. Sie helfe ihm regelmässig bei der Tagesorganisation und der Strukturierung und Wahrnehmung von Terminen, der Zahlung der Rechnungen und der Erledigung der Postangelegenheiten. Das von pract . med. K.____ beschriebene Verhalten mit Kaugummikauen anlässlich der Begutachtung unterstreiche, dass er kaum sozial-kompetent sei.

Pract . med. K.____ habe stark auf das «stundenlange Spielen am Computer» abgestellt und dies als Nachweis einer erhaltenen Funktionsfähigkeit angeführt. Dabei übersehe sie, dass diese Phasen eine sogenannte Hyperfokussierung darstellen, die als einen meist nicht willkürlich steuerbaren (nicht selektiven), Flow-ähnlichen und stimuliabhängigen Zustand erhöhter Konzentration bei ADHS-Betroffenen aufträte . Es werde heute davon ausgegangen, dass es sich dabei nicht um eine «Ressource», sondern im Sinne von Perseveration um eine pathologische Erscheinung handle.

Beim Beschwerdeführer könne eine plausible und nachvollziehbare kausale Verbindung zwischen den diagnostizierten psychischen Störungen und ihren Symptomen (Impulsivität,

leichte Ablenkbarkeit, Unaufmerksamkeit, motorische Hyperaktivität, Desorganisation, Interessenlosigkeit, etc.) sowie den Funktionsdefiziten mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit (schwer eingeschränkte Fähigkeit zur Anpassung an Regeln und Routinen, schwer eingeschränkte Fähigkeit zur Planung und Strukturierung von Aufgaben, schwer eingeschränkte Fähigkeit sich an wechselnde Situationen anzupassen, mittelgradig eingeschränkte Durchhaltefähigkeit, mittelgradig eingeschränkte Gruppenfähigkeit, mittelgradig eingeschränkte Fähigkeit zu intimen Beziehungen, etc.) etabliert werden, die sich insbesondere in den wiederholten Lehrabbrüchen und im Scheitern selbst auf dem zweiten Arbeitsmarkt äußern und zu einer erheblichen Einschränkung der Leistungsfähigkeit führen.

Bezüglich der von pract. med. K. ___ festgestellten «Motivationslosigkeit» sei festzuhalten, dass Depressionen eine weit verbreitete Begleitstörung unter ADHS-Betroffenen seien und das klinische Bild insgesamt erheblich beeinflusst. Dies habe zur Konsequenz, dass unter anderem auch die ADHS-Symptomatik in ihrer Ausprägung wechselseitig von der depressiven Symptomatik beeinflusst werde. Pract. med. K. ___ erwähne, dass eine angemessene depressive medikamentöse Behandlung nicht durchgeführt worden sei. Diese Feststellung sei unrichtig. Im aktuellen Psychostatus zeigen sich weiterhin erhebliche Auffälligkeiten im Bereich der Aufmerksamkeits- und Gedächtnisstörungen, hier insbesondere Konzentrationsstörungen, Störungen der Affektivität mit Hoffnungslosigkeit und Depressivität, Antriebslosigkeit und innerer Unruhe sowie Auffälligkeiten der Psychomotorik. Weiterhin beschreibe der Beschwerdeführer Ängste in Bezug auf die Nutzung von öffentlichen Verkehrsmitteln mit dem konsekutiven Auftreten von Panikattacken sowie stark soziophobische Verhaltensweisen. Zudem bestehe eine Umkehr des Tag- / Nachtrhythmus sowie Ein- und Durchschlafstörungen.

Aus ihrer rein ärztlichen Sicht sei die Einholung eines Obergutachtens indiziert.

E. 3.4

RAD-Ärztin Dr. O. ___ erklärte mit Stellungnahme vom 10. Dezember 2019 (Urk. 18/1),

Dr. G. ___ gebe in der Stellungnahme vom 3. Juni 2019 an, dass im Rahmen der Zuweisung des Beschwerdeführers im Jahr 2015 eine eingehende Diagnostik durchgeführt worden sei, die das Vorliegen einer ADHS bestätigt habe. Dieser Aussage könne nicht zugestimmt werden. Im einzigen ihnen vorliegenden Bericht der Psychiatrischen Klinik H. ___ vom 21. März 2016 mit den Diagnosen mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F32.1) und einfache Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung (ICD-10) sowie dem Verdacht auf Asperger-Syndrom (ICD-10 F84.5) werde zwar angegeben, dass die Diagnose ADHS im Rahmen der Abklärungen bestätigt worden sei, allerdings sei in der angesprochenen neuropsychologischen Untersuchung vom 29. Oktober 2015 Folgendes beschrieben: Es hätten sich Auffälligkeiten in der auditiven bzw. verbalen Reizverarbeitung gezeigt. Allerdings hätten Zeugnisnoten aus der ersten bis dritten Sekundarschule diesbezüglich keine Auffälligkeiten aufgezeigt, sodass habe angenommen werden können, dass die aktuellen Defizite vor allem aufgrund von Schwankungen in der Konzentrationsspanne bzw. als Folge der depressiven Störung aufgetreten seien. Es sei also mitnichten eine ADHS-spezifische Symptomatik festgestellt worden. Ausserdem würde auch die beschriebene Schullaufbahn nicht auf eine einschränkende ADHS hindeuten. Bei fehlenden Diagnosen erübrige sich die kriteriengeleitete Beurteilung von Funktionseinschränkungen.

Zudem müssten unauffällige Befunde nicht einzeln aufgeführt werden. Vom Beschwerdeführer selber seien keine Funktions einschränkungen genannt worden, zudem habe er angegeben, dass er sich täglich mehrere Stunden am Computer beschäftige (beispielsweise Gamen), ohne dabei eine Müdigkeit zu erleben. Generell sei anzumerken, dass , auch wenn eine psychiatrische Diagnose bestünde, die Arbeitsfähigkeit aufgrund der funktionel len Einschränkungen beurteilt werde. Da beim Beschwerdeführer keine solche bestanden hätten, habe keine langanhaltende Arbeitsunfähigkeit attestiert wer den können. Aufgrund von welchen Tatsachen/Auffälligkeiten die Behandlerin die von ihr attestierten Einschränkungen beurteilt habe, sei weder aus ihrem Arzt bericht vom 21. März 2016 noch aus der aktuellen Stellungnahme klar. Zudem sei im Gutachten ein total anderer Befund als hier beschrieben erhoben worden. Der Beschwerdeführer sei konzentriert und aufmerksam gewesen, habe keine Auffassungsstörungen gezeigt, sei im Denken geordnet und kohärent und ausser einer Angespanntheit affektiv unauffällig gewesen. Selber habe er über Lust losigkeit, Antriebsminderung, Hoffnungslosigkeit und fehlende Zukunftsträume berichtet. Insgesamt sei plausibel nachvollziehbar, dass damit keine Depression begründet werden könne. Die Behandlerin moniere, dass die Gutachterin nicht alle Vorakten zur Kenntnis genommen habe. Problematisch sei in diesem Zusam menhang, dass die Psychiatrische Klinik H.____

der Beschwerdegegnerin offenbar nicht alle Unterlagen zur Verfügung gestellt habe . Dieser Umstand könne nicht der Gutachterin ange lastet werden. In der Stellungnahme von Dr. G.____

zum M.____ -Gutachten würden keine neuen medizinischen Fakten/Tatsachen hervorgebracht. Allerdings seien in den beiden Berichten zwei so absolut unterschiedliche Personen beschrie ben, dass au s RAD-Sicht eine erneute Abklärung indiziert wäre.

E. 3.5

Die S.____ -Sachverständigen führten in ihrem Gutachten vom 17. Dezember 2021 (Urk. 61) als Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit an (S. 34, S.

23): - rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leicht gradig (ICD-10 F33.0) mit/bei - ausgeprägter Tag-/Nachtumkehr bei fehlender Tagesstruktur, DD unzureichende Schlafhygiene, DD organische/nicht-organische Hyper somnie, DD Sleep delayed Syndrom, DD Narkolepsie - Agoraphobie (ICD-10 F40.0), vor allem in Bezug auf Wegfähigkeit (Benutzen des öffentlichen Verkehrs), anamnestisch mit Panikstörung Als Diagnosen ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit führten die Sachver ständigen an (S. 35, S. 23): - schädlicher Gebrauch von Cannabinoiden (ICD-10 F12.1) , gegenwärtig gemäss Drogen-Screening vom Oktober 2021 abstinent, DD sporadischer Konsum (ICD-10 F12.1) - pathologisches Spielen im Sinne PC-Spielsucht (ICD-10 F63), teilremittiert (aktuell weniger als 3 Stunden pro Tag , zuvor 13 Stunden am Tag) - Persönlichkeitsakzentuierung (ICD-10 Z73.1), DD Persönlichkeitsstörung (ICD-10 F61) mit histrionischen und narzisstischen wie auch leicht dis sozialen sowie selbstunsicheren Zügen - Folsäure- und Vitamin - D - Mangel - GPT Erhöhung unklare r Ursache, DD substanzinduziert, DD Lebererkrankung

Die Ressourcen des Beschwerdeführer s seien noch nicht ausreichend ausgeschöpft. Er verfüge über eine gute intellektuelle Begabung (Noten) und eine überdurchschnittliche Eignung für eine Ausbildung im KV-Bereich mit guten Fähigkeiten im abstrakten Denkvermögen und im Umgang mit Zahlen. In der Vergangenheit habe er zudem im

Rahmen der initialen beruflichen Integration eine hohe Motivation mit ausreichend Pünktlichkeit und Zuverlässigkeit zeigen können, was gegen eine ausgeprägte ADHS oder eine schwere Depression spreche (S. 30).

Das individuelle Leistungsvermögen könne ihres Erachtens durch Verbesserung der Aussenstruktur (ggf. Internatsanbindung während einer Ausbildung, begleitetes Wohnen, Psychiatrie-Spitex, freiwillige Beistandschaft) mit dem Ziel der Optimierung der Tagesstruktur und damit Verbesserung der Tag-/Nachtumkehr sowie Aufnahme einer regelmässigen Tätigkeit, ggf. initial unter adaptierten Bedingungen bzw. Beginn einer interessenbezogenen Lehre (z.B. Grafikdesign bei kreativ-zeichnerischem Talent) gefördert werden. Bei aktuell offensichtlichen Schwierigkeiten in den Exekutivfunktionen (administrative Angelegenheiten, Einhaltung von Terminen, Pünktlichkeit, Compliance) sollte dem Beschwerdeführer zur Unterstützung eine professionelle Bezugsperson an die Seite gestellt werden. Die Probleme mit der Exekutivfunktion hätten zudem erst im Jugendalter (damals regelmässiger THC-Konsum) begonnen, was gegen ein ADHS assoziiertes Verhalten spreche, sodass die Schwierigkeiten nicht aus einem generellen Unvermögen heraus resultierten, sondern Ausdruck einer seit Jahren fehlenden Tagesstruktur und mangelnder Motivation seien. Voraussetzung für ein mittel- bis langfristiges stabiles Funktionsniveau seien insbesondere die Verbesserung der Compliance mit Aufbau einer ausreichenden Kontinuität der Einnahme der Psychopharmaka (ggf. kontrollierte Abgabe durch Spitex) im Rahmen einer engmaschigen integrierten psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung mit dem Ziel der leitliniengerechten Behandlung der Depression und Agoraphobie sowie Beibehaltung der THC-Abstinenz und Stabilisierung der kontrollierten teilremittierten Spielsucht. Hinsichtlich der erforderlichen Kooperation und Adhärenz in Bezug auf die psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlungen und die Psychopharmakotherapie sowie die damit verbundene Mitwirkungspflicht zeige sich der Beschwerdeführer sowohl in der Vergangenheit wie auch zum jetzigen Zeitpunkt wenig motiviert bzw. nicht ausreichend kooperativ. Er könne als eine entscheidungs- und handlungsfähige Persönlichkeit beurteilt werden, die nicht nur den Alltag strukturieren könne (Spielen, Zeichnen, Kontakt), sondern auch die geplante Vorgehensweise umsetzen könne. Die Überlegung der Handhabung des Beschwerdeführers spreche für gut entwickelte soziale Kompetenzen. Psychosoziale Belastungen seien nicht geschildert. Funktionseinschränkungen seien vom Beschwerdeführer nicht genannt worden (S. 30 f.).

Die Prognose des Verlaufs sei grundsätzlich aus rein medizinisch-psychiatrischer Sicht als positiv zu bewerten. Sowohl die Depression als auch die akuten anamnestisch als «grenzwertig» diagnostizierte ADHS seien medikamentös und psychotherapeutisch gut behandelbar. Die Spielsucht sei gemäss eigenen Angaben des Beschwerdeführers deutlich regrediert und als gut teilremittiert einzuschätzen. Der THC-Konsum könne anhand des letzten Testergebnisses von Oktober 2021 als sistiert bzw. gemäss Eigenangaben, vorausgesetzt dass diese korrekt seien, als selten sporadischer Konsum (auch aus finanziellen Gründen) angesehen werden. Die agoraphobische Angstproblematik bestehe vor allem in Bezug auf das Benutzen des öffentlichen Verkehrs, wobei dieses Problem mittels kognitiver Verhaltenstherapie und Exposition gut therapeutisch angegangen werden könne. Die Persönlichkeitsauffälligkeiten aus dem Cluster B/C mit narzisstischen-histrionischen sowie leicht dissozialen Zügen (Sachbeschädigung durch Graffiti-Sprayen, leichte Regelverstösse) und selbstunsicheren Anteilen seien im Rahmen einer

Persönlichkeitsakzentuierung zu interpretieren, welche die Funktionsfähigkeit hinsichtlich Arbeitsfähigkeit bzw. einer Erwerbstätigkeit nicht massgeblich beeinträchtigen. Dies werde untermauert durch die bereits in der Vergangenheit attestierte gute Sozialkompetenz. Der Beschwerdeführer sei überdies zu einer überlegten Handlungsweise in der Lage, verfüge über eine gute bis teilweise über durchschnittliche Intelligenz, was als Ressource betrachtet werden könne. Problematisch seien, neben dem Mangel an Motivation, vor allem die fehlende Tagesstruktur und die in dem Zusammenhang bestehende ausgeprägte Tag-/Nachtumkehr zu sein. Durch eine geregelte Tätigkeit, allenfalls zunächst unter adaptierten – geschützten - Bedingungen und initial in der zweiten Tageshälfte flankiert durch genügende Aussenstruktur bei der Sicherstellung einer ausreichenden Therapie- und Medikamenten-Compliance, wäre dieses Problem jedoch sozialtherapeutisch anzugehen. Durch eine sinnstiftende Tätigkeit könnte die Depression des Beschwerdeführers im Sinne von positiven Aktivitäten und Aufbau eines gesunden Selbstwertgefühls mit Verbesserung der Selbstwirksamkeit deutlich verbessert werden (S. 31 f.).

Der Beschwerdeführer könne mindestens vier bis fünf Stunden am Tag in der zweiten Tageshälfte, allenfalls initial im geschützten Rahmen bzw. an einem adaptierten Arbeitsplatz, mit einer Pause arbeiten. Nach Behandlung der Depression sei eine sukzessive Pensumsteigerung auf bis zu acht Stunden pro Tag vorstellbar. Bei beklagten Konzentrationsstörungen und rascher Ermüdbarkeit mit Belastungsintoleranz könnten allenfalls anfänglich einfache geistig wenig anstrengende repetitive Tätigkeiten sinnvoll sein. Es sei aber anzunehmen, dass bei ausreichender medikamentöser Behandlung der Depression sowie weiterer THC-Abstinenz und kontrollierter Spielsucht sich die allgemeine Belastbarkeit und das Funktionsniveau inklusiv der Konzentration verbessern, sodass der Beschwerdeführer an sein intellektuelles Leistungsvermögen wieder herankomme. Während des sukzessiven Pensumaufbaus könnten zusätzlich kleine Pausen eingelegt werden. Förderlich wäre zudem eine interessen geleitete Tätigkeit/Ausbildung im kreativen Bereich, wo der Beschwerdeführer leichter Motivation und Durchhaltevermögen aufbauen könne (S. 32 f.). Eine rückwirkende Beurteilung der Arbeitsfähigkeit könne nur bedingt anhand der Einschätzungen durch andere Fachpersonen gezogen werden. Demnach habe in der Vergangenheit zumindest

episodisch eine depressive Störung (2013 Klinik XA.____, 2016 Dr. G.____), leicht- bis mittelgradiger Ausprägung mit nur geringer bis gar keiner medikamentösen Behandlung, sowie phasenweise ein regelmässiger THC-Konsum (2013 Klinik XA.____) und ein e grenzwertige ADHS (2013 Klinik XA.____, 2016 Dr. G.____) vorgelegen. Aktuell gingen sie von einer leicht- bis mittelgradigen unbehandelten depressiven Episode aus (S. 33).

E. 3.6

Am 4. April 2022 erklärte Dr. G.____ zu Händen des Rechtsvertreters des Beschwerdeführers (Urk. 79/2), im Rahmen der in der Reevaluation durchgeführten Diagnostik mittels standardisierter, validierter Testungen (HASE – Homburger ADHS-Skalen für Erwachsene) habe die Persistenz der ADHS-Symptomatik im Erwachsenenalter bestätigt werden können. Die Symptome bestünden beim Beschwerdeführer testpsychologisch und anamnestisch nachvollziehbar und glaubhaft bereits durchgängig seit der Kindheit. Diese hätten im multifaktoriellen Geschehen samt den komorbid bestehenden Störungen zum deutlichen Leidensdruck in mehreren Lebensbereichen geführt.

Als Diagnosen nannte Dr. G. ___ : - mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F32.1) - einfache Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung (ICD-10 F90.0) - soziale Phobie (vergesellschaftet mit Erythrophobie ICD-10 F40.2; ICD-10 F40.1) - psychische und Verhaltensstörungen durch Cannabinoide: Abhängigkeitssyndrom (ICD-10 F12.2)

Zuvor, im Jahr 2012 sei beim Beschwerdeführer in der Klinik XA. ___ ADHS diagnostiziert worden. Mehrere Behandlungsversuche mit Psychopharmaka, unter anderem mit Cipralex ®, Concerta ®, Focalin ®, Ritalin® und Fuoxetine ® seien wegen zu starken Nebenwirkungen abgebrochen worden. Weitere Behandlungsversuche seien anschliessend vorerst nicht vorgenommen worden. In ihrem Spezialambulanzlabor für ADHS seien folgende Pharmakotherapeutika eingesetzt worden: - Bupropion 09/2015-12/2017 - Methylphenidat « 09/2017-12/2016 » - Lisdexamfetamin 01/2017-07/2019 - Pregabalin 03/2017-08/2019 - Venlafaxin 06/2019 – bis anhin 3. 7

Mit Stellungnahme vom 15. Juni 2022 erklärte Dr. G. ___ (Urk. 84/1), das Gutachten weise Fehler und grosse Diskrepanzen in Bezug auf die Befunderhebung und den daraus resultierenden Schlussfolgerungen auf. Da es sich bei ADHS laut der sehr guten Evidenzlage um eine stark hereditäre (je nach Autor 60 bis 80 %) Störung handle und sowohl die Angststörungen als auch Depressionen familiäre Häufung aufwiesen, wären Angaben diesbezüglich von grosser Relevanz. Im Gutachten werde festgehalten, dass in der Familie des Beschwerdeführers niemand betroffen sei. Diese Angaben seien nicht korrekt. Beide Geschwister des Beschwerdeführers litten unter psychischen Störungen. Die eine Schwester leide unter einer rezidivierenden depressiven Störung, die andere unter ADHS, einer rezidivierenden depressiven Störung und einer generalisierten Angststörung. Es fehlten im Gutachten Angaben zur aktuellen Medikation. Der Beschwerdeführer habe zum Zeitpunkt der Untersuchung weder Elvanse ® noch Pregabalin eingenommen, diese Informationen schienen aus einem Bericht übernommen worden zu sein und durch den Gutachter nicht beim Beschwerdeführer erfragt worden zu sein. Zudem seien die Angaben zu den vorangegangenen Medikationsversuchen unvollständig und lückenhaft.

Beim WURS-k handle es sich um eine retrospektive Beurteilung der Symptomatik in der Kindheit. Im Gutachten werde festgehalten, dass hier die Summe von 16 Punkten erreicht worden sei. Sowohl die in der Klinik XA. ___ im Jahr 2012 durchgeführte Auswertung (43 Punkte) als auch die bei ihnen durchgeführte Auswertung im Jahr 2015 (42 Punkte) habe Skalenwerte von über 40 Punkten ergeben und somit deutliche Hinweise für das Vorliegen einer ADHS in der Kindheit (Cut-off bei 30 Punkten). Trotz eines Summenwertes im BDI-II von 30 Punkten, was für eine schwere depressive Episode spreche und mit der klinischen Symptomatik wie den Antriebsstörungen, dem sozialen Rückzug und den Suizidgedanken übereinstimme, komme der Gutachter in der Gesamtwürdigung zur Diagnose einer «ggw. leichtgradigen» Depression. Hier bestehe eine grosse Diskrepanz zwischen der durch den Untersucher beschriebenen Symptomatik, der Testpsychologie und der Gesamtwürdigung. DIVA 2.0 sei unvollständig bearbeitet worden, sodass nicht ersichtlich sei, wie der Untersucher das Vorhandensein oder das Nichtvorhandensein der jeweiligen Symptome feststellen können.

Um eine ADHS Diagnose vergeben zu können, müssten laut der S3-Leitlinie die Symptome von Hyperaktivität, Impulsivität und/oder Unaufmerksamkeit die Kriterien von ICD-10 oder DSM-5 erfüllen. Auf S. 19 des Gutachtens werde festgehalten, dass beim Beschwerdeführer gemäss ICD-10 kein Hinweis auf ADHS bestünde, aber gemäss DSM V «Hinweise auf ADHS vom kombinierten Subtyp». Auch hier soll nochmals betont werden,

dass beim Beschwerdeführer, unabhängig vom Klassifikationssystem, eine klinisch relevante Ausprägung der ADHS-Symptomatik vorliege, welche im multifaktoriellen Geschehen mit der komorbid bestehenden Depression, der sozialen Phobie und dem Abhängigkeitssyndrom durch Cannabinoide, massgeblich zum Leidensdruck beitrage.

3.

E. 3.9

Am 21. Dezember 2022 nahmen Prof.

Dr. R.____ und med. pract. Q.____

zum Bericht von Dr. G.____ vom 4. April 2022 Stellung (Urk. 92). Im Gegensatz zum eigenen Bericht vom 3. Juni 2019 habe Dr. G.____ neu die psychische und Verhaltensstörung durch Cannabinoide, Abhängigkeitssyndrom (ICD-10 F12.2) erwähnt. Dies bestätige, dass ein persistierender regelmässiger Cannabiskonsum beim Beschwerdeführer vorliege, seit somit bestimmt 2019. In ihrem Gutachten vom 17. Dezember 2021 hätten sie einen zu dem Zeitpunkt aktuellen THC-Konsum nicht objektivieren können, da der Beschwerdeführer am Begutachtungstag in den Universitären Psychiatrischen Dienste S.____ (04.08.2021) eine m Drogenscreening nicht zugestimmt habe. Auch sei er ihrer Aufforderung, ein zeitnahes Labor- und Drogenscreening innerhalb von zwei Wochen zuzusenden, nicht nachgekommen. Das Labor mit Drogenscreening sei ihnen erst 2,5 Monate später zugestellt worden. In dieser Urinprobe vom Oktober 2021 seien keine Cannabinoide nachgewiesen worden. Ungeachtet dessen habe der Beschwerdeführer während der Universitären Psychiatrischen Dienste S.____ -Exploration berichtet, dass er «ab und an» mit Kollegen in der WG konsumiere. Mit dieser Bestätigung und angesichts des klinischen Bildes hätten sie sich im S.____ -Gutachten vom 17. Dezember 2021 auf die Diagnose eines schädlichen Gebrauchs von Cannabinoiden verständigt. Mit dem nun vorliegenden Schreiben vom 4.

April 2022 bestätige Dr. G.____ ihre Diagnose und verstärke sie dahingehend, dass sie nicht nur einen schädlichen Gebrauch, sondern ein Abhängigkeitssyndrom diagnostiziere. Im Zusammenhang mit exzessivem Cannabiskonsum träten häufig Konzentrations- und Merkfähigkeitsstörungen auf. Auch seien Probleme hinsichtlich der Exekutivfunktionen mit Tendenz zu Prokrastination, Terminversäumnissen und Unpünktlichkeit, fehlendes Durchhaltevermögen mit Schwierigkeiten beim Lernen und in der Ausbildung sowie Probleme in der Alltagsbewältigung bekannt. Ferner komme es häufig zu sekundären Schlafrythmusstörungen mit Tag-/Nachtumkehr. Zudem wirkten Cannabinoide depressiogen und verursachten neben gedrückter Stimmungslage oft ein ausgeprägtes Antriebsdefizit oder lösten Ängste aus. Somit liessen sich allein aus der Cannabis-Abhängigkeit eine Vielzahl der beklagten Symptome des Beschwerdeführers gut erklären. 4. 4.1

Nach den Richtlinien zur Beweiswürdigung weicht das Gericht praxisgemäss nicht ohne zwingende Gründe von Gerichtsgutachten ab (BGE 143 V 269 E. 6.2.3.2, 135 V 465 E. 4.4). Ein Grund zum Abweichen kann vorliegen, wenn die Gerichtsexpertise widersprüchlich ist oder wenn ein vom Gericht eingeholtes Obergutachten in überzeugender Weise zu anderen Schlussfolgerungen gelangt. Eine abweichende Beurteilung kann ferner gerechtfertigt sein, wenn gegensätzliche Meinungsäusserungen

anderer Fachleute dem Gericht als triftig genug erscheinen, die Schlüssigkeit des Gerichtsgutachtens in Frage zu stellen, sei es, dass es die Überprüfung durch eine weitere Fachperson im Rahmen einer Oberexpertise für angezeigt hält, sei es, dass es ohne eine solche vom Ergebnis des Gerichtsgutachtens abweichende Schlussfolgerungen zieht (BGE 125 V 351 E. 3b/aa; Urteil des Bundesgerichts 8C_487/2020 vom 3. November 2020 E. 4). 4.2

Das vom Gericht in Auftrag gegebene S.____-Gutachten vom 17. Dezember 2021 (E. 3.5)

samt den Ergänzungen vom 2. Dezember (E. 3.8) und vom 21. Dezember 2022 (E. 3.9) erfüllt die rechtsprechungs gemässen Anforderungen an beweiskräftige medizinische Gutachten. Das Gutachten beruht auf den erforderlichen allseitigen Untersuchungen, wurde in Kenntnis der und in Auseinandersetzung mit den Vorakten erstattet, berücksichtigt die geklagten Beschwerden und setzt sich mit diesen sowie dem Verhalten der Beschwerdeführer auseinander. Die Sachverständigen haben die medizinischen Zustände und Zusammenhänge zudem einleuchtend dargelegt und ihre Schlussfolgerungen nachvollziehbar begründet (vgl. E. 1.6). Sie haben dabei die funktionellen Auswirkungen medizinisch anhand der Indikatoren (vgl. E.

E. 6

ATSG) gewesen sind; und c.

nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art.

E. 8

Am 2. Dezember 2022 antworteten die Sachverständigen der Universitären Psychiatrischen Dienste S.____ auf Fragen des Gerichts (Urk.

E. 9

0). Sie erklärten dabei unter anderem, in Anbetracht des normalen Besuchs der Primar- und Sekundarschule ohne Klassenwiederholung mit gutem Notendurchschnitt sei anzunehmen, dass keine höhergradigen bzw. allenfalls lediglich grenzwertige ADHS-Symptome in der Kindheit vorhanden gewesen seien. Die Aufnahmeprüfung fürs Gymnasium sei problemlos bestanden worden, auch wenn zwei Monate nach dem Übertritt eine Rückstufung auf Sekundarstufe A erfolgt sei. Dort habe der Beschwerdeführer wieder gute Leistungen gezeigt. Die Rückstufung vom Gymnasium auf Sekundar-A-Niveau sei eher vor dem Hintergrund der Trennungssituation der Eltern (im Alter von zwölf Jahren) und im Anschluss konfliktreicher Beziehung zum Kindsvater zu interpretieren, statt Ausdruck eines unbehandelten ADHS zu sein. Allein die Tatsache, dass während der Schulzeit weder seitens der Haus- und Kinderärzte noch von den Lehrern eine ADHS-Symptomatik mit Aufmerksamkeitsdefizit oder Bewegungsunruhe beobachtet und auch keine ADHS-Abklärung empfohlen worden sei, spreche eher gegen das Vorhandensein einer ADHS in der Kindheit. Erst im 18. Lebensjahr sei eine «mögliche Erscheinungsform des ADHS» durch die Ärzte der Klinik XA.____

(2012/13) differentialdiagnostisch auf Basis eines grenzwertigen WRI Interviews (39 Punkte) in den Raum gestellt und erstmalig eine niedrig dosierte Ritalin Behandlung (Ritalin 10 mg/d, später Concerta 18 mg/d) in Kombination mit Cipralext 5-10 mg/d initiiert worden, wovon der Beschwerdeführer nicht wesentlich profitiert habe bzw. die

Nebenwirkungen überwogen hätten. Im Stellwerktest zur Berufsabklärung (Zentrum XB.____, 2011) habe der Beschwerdeführer in einzelnen Bereichen teilweise überdurchschnittliche Leistungen erzielt und sich für eine KV-Ausbildung qualifizieren können. Es seien ihm in dem Zusammenhang eine gute Aufmerksamkeitsspanne und Merkfähigkeit attestiert worden. Die Abklärung im Zentrum XB.____

im Jahr 2011 sei ohne Psychostimulanzien erfolgt und habe vor dem Aufenthalt in der Klinik XA.____ (2012/13) und vor dem ADHS-Assessment in der Psychiatrischen Klinik H.____ (2015/16) stattgefunden. Dies spreche ihrer Einschätzung nach klar gegen einen konsistenten Längsschnitt der ADHS-Symptome seit der frühen Kindheit (S. 6).

Dr. G.____ widerspreche sich selbst, indem sie zunächst den Interessensverlust und die Motivationslosigkeit (was auch ein Ausdruck von fehlendem Antrieb und Anhedonie wäre) der ADHS zuschreibe, später dies aber klar der Depression beim Beschwerdeführer zuordne. Die Hyperfokussierung mit «Flow» könne auch bei einer isolierten PC-Spielsucht auftreten (S. 8).

Aufgrund der Agoraphobie sei der Beschwerdeführer zum S.____-Gutachten von seiner Mutter mit dem Auto nach Bern gefahren worden. Wie ausgeprägt die Agoraphobie tatsächlich sei, könne aber nicht klar beurteilt werden. Zum S.____-Explorationstermin sei der Beschwerdeführer erst nach mehrmaliger telefonischer Kontaktaufnahme am Begutachtungstag erschienen, da er es vorgezogen habe, in der Berner Innenstadt allein spazieren zu gehen. Dies spreche eher gegen ausgeprägte agoraphobische Ängste und gegen ein generalisiertes Vermeidungsverhalten. Offenbar habe der Beschwerdeführer keine relevanten Probleme und Ängste sich in der Stadt Bern ungezwungen zu bewegen. Zudem habe er bis Sommer 2017 berufliche Massnahmen absolviert, welche er mindestens anfänglich durchaus motiviert, pünktlich, zuverlässig und pflichtbewusst wahrgenommen habe. In den IV-Abklärungsberichten sei nie erwähnt worden, dass es bezüglich Wegfähigkeit Schwierigkeiten gegeben habe. Auch im M.____-Gutachten sei nicht erwähnt, dass seine Mutter ihn dorthin begleitet hätte (S. 9).

Gesamthaft hätten sich klinisch und objektiv lediglich Anhaltspunkte für eine leichte depressive Störung ergeben, was sich sowohl in der Fremdbeurteilung (HAMD) als auch im Psychostatus gemäss AMDP gut widerspiegeln und stark diskrepant zu den gemachten Angaben des Beschwerdeführers im BDI II sei. Aufgrund des im BDI II zum Ausdruck gebrachten ausgeprägten subjektiven Leidensdrucks sei der Schweregrad schlussendlich, obgleich die leichte depressive Episode überwogen habe und daher auch so diagnostiziert worden sei, im Sinne einer leicht- bis tendenziell mittelgradigen Depression beurteilt worden, nicht zuletzt um dem Beschwerdeführer die Option offen zu halten, erneut einer suffizienten antidepressiven Behandlung zugeführt zu werden (S. 11).

Ein HAMD-Score vom 4. August 2021 von 29 Punkten auf Basis einer validen Fremdbeurteilung durch die Gutachter könne klar verneint werden. Leider sei durch den Assistenzarzt initial versehentlich der HAMD gemäss den Angaben des Beschwerdeführers und nicht entsprechend seiner eigenen, objektiven fremdbeurteilenden Wertung ausgefüllt worden. Dies sei in der Beschreibung im Gutachten korrigiert worden. Dass diese Dokumente so weitergereicht worden seien, bitten sie als Transparenz ihrerseits zu wer ten. Das Score-Blatt des HAMD sei am 4. August 2021 anhand des klinischen Gesamteindrucks während der Exploration unter Supervision durch die erfahrene Fachärztin geratet worden. Hier habe sich ein Testscore von 9 Punkten ergeben, was einer

leichtgradigen Depression entspreche und mit dem klinischen Aspekt am Explorationstag gut vereinbar sei (S. 11).

Insgesamt gingen sie davon aus, dass bei konsequenter integrierter psychiatrischer Behandlung sowie Optimierung des Settings und Sicherstellung der Medikamenten-Compliance sich auch die funktionellen Defizite im Alltag sowie die Tag-/Nachtumkehr verbessern sollten. Wegen der ausgeprägten Tag-/Nachtumkehr sollte zunächst eine Stabilisierung der 50%igen Tätigkeit im geschützten Rahmen bzw. an einem adaptierten Arbeitsplatz an fünf Tagen die Woche in der zweiten Tageshälfte über drei bis vier Monate erfolgen. Im Verlauf könne eine sukzessive Steigerung auf 8,5 Stunden pro Tag an fünf Arbeitstagen die Woche innerhalb von vier bis sechs Monaten angestrebt werden. Zudem sei der Beschwerdeführer erneut auf seine Mitwirkungs- und Schadenminderungspflicht im Zusammenhang mit der Behandlung sowie der Arbeitsintegration hinzuweisen (S. 13).

Der Umstand, dass die Schwester an einem ADHS leide, sei ihnen im Dezember 2021 nicht bekannt gewesen. Es handle sich um eine wichtige Zusatzinformation, ändere jedoch nichts an den Untersuchungsbefunden. Dass die Schwester an einer ADHS leide, deute auf eine familiäre Belastung für ADHS hin und könne die ADHS-Diagnose beim Beschwerdeführer indirekt stützen. Als Beweis für das Vorliegen einer ADHS könne dies jedoch nicht gelten (S. 13).

E. 12

: 101,5 x 102,4 : 40 x 41,7 x 0,5) . 5.3.3

Wird das Invalideneinkommen auf der Grundlage von statistischen Durchschnittswerten ermittelt, ist der entsprechende Ausgangswert (Tabellenlohn) allenfalls zu kürzen. Damit soll der Tatsache Rechnung getragen werden, dass persönliche und berufliche Merkmale, wie Art und Ausmass der Behinderung, Lebensalter, Dienstjahre, Nationalität oder Aufenthaltskategorie und Beschäftigungsgrad Auswirkungen auf die Lohnhöhe haben können (BGE 124 V 321 E. 3b/aa). Aufgrund dieser Faktoren kann die versicherte Person die verbliebene Arbeitsfähigkeit auch auf einem ausgeglichenen Arbeitsmarkt möglicherweise nur mit unterdurchschnittlichem erwerblichem Erfolg verwerten. Der Abzug soll aber nicht automatisch erfolgen. Er ist unter Würdigung der Umstände im Einzelfall nach pflichtgemäßem Ermessen gesamthaft zu schätzen und darf 25 % nicht übersteigen (vgl. BGE 135 V 297 E. 5.2, 134 V 322 E. 5.2 und 126 V 75 E. 5b/aa-cc). Die Rechtsprechung gewährt insbesondere dann einen Abzug auf dem Invalideneinkommen, wenn eine versicherte Person selbst im Rahmen körperlich leichter Hilfsarbeitertätigkeit in ihrer Leistungsfähigkeit eingeschränkt ist (BGE 126 V 75 E. 5a/bb).

Der Beschwerdeführer ist - nur - zu 50% arbeitsfähig (E. 4). Nach der neueren Praxis des Bundesgerichts ist ein Abzug bei Männern wegen Teilzeitbeschäftigung nicht mehr automatisch vorzunehmen. Ob sich eine entsprechende Reduktion rechtfertigt, ist stets mit Blick auf den konkreten Beschäftigungsgrad und die jeweils aktuellen Werte zu beurteilen (Urteil des Bundesgerichts 8C_561/2018 vom 4. März 2019 E. 4.3.1). Aus der einschlägigen Tabelle T18 der Schweizerischen Lohnstrukturerhebung (LSE 2016 und 2018) ist ersichtlich, dass bei einer 50%igen Anstellung von einem unterdurchschnittlichen Lohn auszugehen ist, wobei sich der Minderverdienst gemäss LSE 2016 und 2018 statistisch in einem Bereich von rund 4 % (LSE 2016: Total: Fr. 6'121.--, 50-74 %: Fr. 5'875.-- ; LSE 2018: Total: Fr. 6'138.--, 50-74 %: Fr. 5'897.--) bewegt. Vor diesem

Hintergrund erscheint ein leidensbedingter Abzug in dieser Höhe angezeigt (vgl. Urteil des hiesigen Gerichts IV.2022.00479 vom 19. Dezember 2022 E. 4.2).

Für weitere Abzüge vom Tabellenlohn besteht kein Anlass. Das Invalideneinkommen des Beschwerdeführers beläuft sich somit ab August 2017 auf Fr. 32'193.10 (Fr. 33'534.50 x 0,96) und ab Januar 2019 auf Fr. 32'816.40 (Fr. 34'183.75 x 0,96) . 5.4

Bei einem Valideneinkommen von Fr. 65'200. und einem Invalideneinkommen von Fr. 32'193.10 ergibt sich ein Invaliditätsgrad von 50,6 % und bei einem Valideneinkommen von Fr. 74'700. und einem Invalideneinkommen von Fr. 32'816.40 ein Invaliditätsgrad von 56,1 % . Der Beschwerdeführer hat daher ab 1. August 2017 Anspruch auf eine halbe Invalidenrente. 6.

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass der Beschwerdeführer ab 1. August 2017 Anspruch auf eine halbe Invalidenrente hat. Die Beschwerde ist in dem Sinne teilweise gutzuheissen. Festzuhalten ist aber, dass der Beschwerdeführer grundsätzlich in der Lage wäre, nach Durchführung von medizinischen und beruflichen Massnahmen ein rentenausschliessendes Einkommen zu erzielen. Die Beschwerdeführerin ist daher anzuhalten, die Eingliederung des Beschwerdeführers, nötigenfalls unter der Androhung der Leistungseinstellung (Art. 21 Abs. 4 ATSG), umgehend in die Wege zu leiten. 7. 7.1

Gemäss Art. 69 Abs. 1 bis IVG ist abweichend von Art. 61 lit . a ATSG das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festgelegt. Nachdem der Beschwerdeführer beschwerdeweise die Zusprache einer ganzen Rente beantragt hat (Urk. 1) , ihm jedoch – nur – eine halbe Rente zuzusprechen ist, rechtfertigt es sich, die Kosten den Parteien je zur Hälfte (je Fr. 500.--) aufzuerlegen (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_568/2010 vom 3. Dezember 2010 E. 4.2).

Die dem Beschwerdeführer auferlegten Gerichtskosten sind aufgrund der gewährten unentgeltlichen Prozessführung (Urk. 19) einstweilen auf die Gerichtskasse zu nehmen.

Der Beschwerdeführer wird auf §

E. 16

Abs. 4 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht (GSVGer) hingewiesen, wonach er zur Nachzahlung der ihm erlassenen Gerichtskosten verpflichtet ist, sobald er dazu in der Lage ist. 7.2 7.2.1

Nach Art. 61 lit . g ATSG in Verbindung mit § 34 Abs. 1 GSVGer hat die obsiegende Beschwerde führende Person Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. Diese werden ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache, der Schwierigkeit des Prozesses und dem Mass des Obsiegens bemessen (§ 34 Abs. 3 GSVGer).

Mit Verfügung vom 6. März 2023 (Urk. 100) wurde der unentgeltliche Rechtsvertreter des Beschwerdeführers , Rechtsanwalt Jürg Maron, auf die Möglichkeit der Einreichung einer Honorarnote vor Fällung des Endentscheids sowie darauf, dass im Unterlassungsfall das Gericht die Entschädigung nach Ermessen festsetze, hingewiesen. Rechtsanwalt Jürg Maron reichte keine Honorarnote ein, weshalb seine Entschädigung ermessensweise auf Fr. 3 ' 3 00.-- (inklusive Barauslagen und M WSt) festzusetzen ist.

Diese Entschädigung ist nicht zu reduzieren, da das Hauptbegehren des Beschwerdeführers, soweit über die zuzusprechende befristete halbe Invalidenrente hinausgehend (sog. Überklagen), den Prozessaufwand nicht wesentlich beeinflusst hat (BGE 117 V 401 E. 2c; Urteil des Bundesgerichts 9C_846/2015 vom 2. März 2016 E. 3).

Die Beschwerdegegnerin ist daher zu verpflichten, dem unentgeltlichen Rechtsvertreter des Beschwerdeführers, Rechtsanwalt Jürg Maron, eine Entschädigung in Höhe von Fr. 3'300.-- zu leisten. 7.2. 2

Das Gericht hat den früheren unentgeltlichen Rechtsvertreter des Beschwerdeführers, Rechtsanwalt Stephan Kübler, bereits mit Fr. 3'304.20 aus der Gerichtskasse entschädigt (Urk. 53). Da diese Kosten im Rahmen der unentgeltlichen Rechtsvertretung anfielen und daher von der Beschwerdegegnerin zu tragen sind, hat die Beschwerdegegnerin die von der Gerichtskasse an Rechtsanwalt Stephan Kübler ausgerichtete Entschädigung in Höhe von Fr. 3'304.20 dem Gericht zu ersetzen. 7.2.3

Der Beschwerdeführer beantragte, die Beschwerdegegnerin sei zu verpflichten, ihm die Kosten der Stellungnahme von Dr. G.____ und Prof. Dr. N.____ vom 3.

Juni 2019 in Höhe von Fr. 2'520.20 zu ersetzen (Urk. 12, Urk. 13; Urk. 10/3).

Die Kosten privat eingeholter Gutachten oder Berichte sind dann zu vergüten, wenn die Parteiexpertise für die Entscheidungsfindung unerlässlich war (BGE 115 V 62 E. 5c). Das Gericht ordnete das Gerichtsgutachten insbesondere mit der Begründung der im damaligen Zeitpunkt widersprüchlichen Aktenlage an (Urk.

28). Auch RAD-Ärztin Dr. O.____ erachtete eine erneute Abklärung als indiziert (E. 3.4). Dieser Widerspruch in den ärztlichen Beurteilungen begründete sich im Wesentlichen in den unterschiedlichen Beurteilungen der Sachverständigen der M.____ und von Dr. G.____ und Prof. Dr. N.____, die Zweifel an der Beweiskraft des Administrativgutachtens zu erwecken vermochten. Wie sich aus den obigen Erwägungen ergibt (E. 4), kann auf das M.____-Gutachten, auf welches sich die Beschwerdegegnerin stützte, letztlich nicht abgestellt werden. Auch wenn der Bericht von Dr. G.____ und Prof. Dr. N.____ für den Ausgang des Verfahrens nicht allein entscheidend war, so war er für die – richtige – Entscheidungsfindung doch unerlässlich. Die Beschwerdegegnerin hat deshalb die entsprechenden Kosten von Fr. 2'520.20 dem Beschwerdeführer zu ersetzen. 7.3

In Bezug auf die Frage nach der Kostentragung des psychiatrischen Gerichtsgutachtens ist festzuhalten, dass die gerichtlichen Abklärungskosten der Verwaltung auferlegt werden können, wenn ein Zusammenhang zwischen dem Untersuchungsmangel seitens der Verwaltung und der Notwendigkeit, eine Gerichtsexpertise anzuordnen, besteht (BGE 139 V 496 E. 4.4). Dies ist unter anderem der Fall, wenn die Verwaltung zur Klärung der medizinischen Situation notwendige Aspekte unbeantwortet gelassen oder auf eine Expertise abgestellt hat, welche die Anforderungen an eine medizinische Beurteilungsgrundlage nicht erfüllt (BGE 140 V 70 E. 6.1; BGE 139 V 469 E. 4.4 mit Hinweisen). Nach der Rechtsprechung holt die kantonale Beschwerdeinstanz in der Regel ein Gerichtsgutachten ein, wenn sie einen medizinischen Sachverhalt für gutachterlich abklärungsbedürftig hält oder wenn eine Administrativexpertise in einem rechtserheblichen Punkt nicht beweiskräftig ist (BGE 137 V 210 E. 4.4.1.4).

Nach Einsicht in die Rechtsschriften der Parteien sowie die medizinischen Unterlagen, insbesondere das Gutachten von pract. med. K.____ und lic. phil. L.____ von der M.____

vom 11. Dezember 2018 (Urk. 8/194) und den Bericht von Dr. G.____ und Prof. Dr. N.____ vom 3. Juni 2019 (Urk. 10/3), gelangte das Gericht zur Auffassung (Urk. 28, Urk. 32) , dass ein psychiatrisches Gutachten einzuholen ist. Die Gerichtsgutachter gelangten in schlüssiger Weise zu einer von pract . med. K.____ und lic. phil. L.____ abweichenden Einschätzung . Entsprechend kann auf das Gutachten von pract . med. K.____ und lic. phil. L.____ nicht abgestellt werden. Damit sind die rechtsprechungsgemässen Anforderungen erfüllt, welche es rechtfertigen, der Beschwerdegegnerin die Kosten für das Gerichtsgutachten zu überbinden.

Die Universitären Psychiatrischen Dienste S.____ stellte dem Gericht insgesamt Rechnung über Fr. 12'714.60 (Fr. 8'091.10 + Fr. 4'623.50 ; Urk. 62, Urk. 95) . Zusätzlich wurden vom Gericht dem Beschwerdeführer Auslagen in Höhe von Fr. 587.95 vergütet (Urk. 64, Urk. 74) , welche im Zusammenhang mit dem Gutachten standen. Die Beschwerdegegnerin ist entsprechend zu verpflichten, dem Gericht die Auslagen für das Gerichtsgutachten in Höhe von Fr. 13'302.55 zu ersetzen. Das Gericht erkennt: 1.

In teilweiser Gutheissung der Beschwerde wird die Verfügung der Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, vom 12. April 2019 aufgehoben, und es wird festgestellt, dass der Beschwerdeführer ab 1. August 2017 Anspruch auf eine halbe Invalidenrente hat. Die Beschwerdegegnerin wird angewiesen, die Eingliederung des Beschwerdeführers in die Wege zu leiten. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 1'000.-- werden den Parteien je zur Hälfte auferlegt.

Zufolge Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung werden die dem Beschwerdeführer auferlegten Kosten von Fr. 500.-- einstweilen auf die Gerichtskasse genommen. Der Beschwerdeführer wird auf die Nachzahlungspflicht gemäss § 16 Abs. 4 GSVGer hingewiesen.

Rechnung und Einzahlungsschein werden der Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt. 3.

Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, dem unentgeltlichen Rechtsvertreter des Beschwerdeführers, Rechtsanwalt Jürg Maron, Zürich, eine Prozessentschädigung von Fr. 3'300.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) zu bezahlen. 4.

Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, dem Beschwerdeführer die Kosten des Berichts von Dr. G.____ und Prof. Dr. N.____ vom 3. Juni 2019 in Höhe von Fr. 2'520.20 zu ersetzen. 5.

Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, der Kasse des Sozialversicherungsgerichts des Kantons Zürich den Betrag von Fr. 3'304.20 als Ersatz für die dem vormaligen unentgeltlichen Rechtsvertreter des Beschwerdeführers, Rechtsanwalt Stephan Kübler, Winterthur, bereits bezahlte Entschädigung zu entrichten. Rechnung und Einzahlungsschein werden der Ersatzpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt. 6.

Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, der Gerichtskasse die Kosten des Gerichtsgutachtens von Fr. 13'302.55 zu erstatten. Rechnung und Einzahlungsschein werden der Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt. 7.

Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Rechtsanwalt Jürg Maron - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle -
Bundesamt für Sozialversicherungen sowie an: - Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt
der Rechtskraft) 8 .

Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht
Beschwerde eingereicht werden (Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. des Bundes
gesetzes über das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht während folgender Zeiten still: vom
siebten Tag vor Ostern bis und mit dem siebten Tag nach Ostern, vom 1. Juli bis und mit 1
5. August sowie vom 1. Dezember bis und mit dem 2. Januar (Art. 46 BGG).

Die Beschwerdeschrift ist dem Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern,
zuzustellen.

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel
und die Unterschrift des Beschwerdeführers oder seines Vertreters zu enthalten; der
angefochtene Entscheid sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind beizulegen,
soweit die Partei sie in Händen hat (Art. 42 BGG). Sozialversicherungsgericht des Kantons
Zürich Der Vorsitzende Der Gerichtsschreiber Hurst Wyler

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte
Originaltext. Quellen-URL siehe oben.